

求人申込書

【介護職用】

厚生労働大臣許可 (株)医療人材センター

平成 年 月 日

医療機関 名称		診療科目			
		職員数	名	ベッド数	床名
所在地	〒	募集職種の現職員数			
		TEL			
		FAX			
代表者	(役職)	担当者	(役職)		

* 求人概要 *

募集人員	職種() ()名	職種() ()名
雇用形態	常勤 (日勤 当直 三交替 二交替) パート(長期 短期 月~ 月迄) 臨時()	
年齢	不問 有 才~ 才迄	年齢制限理由 (指針)
職員寮	有 (本人負担額 円)	無
託児所	有 (本人負担額 円)	無
職員駐車場	有 (本人負担額 円)	無
仕事内容		
必要な経験等	不問 年以上	学歴
必要な資格等		

* 給与条件 *

該当項目のみご記入下さい。

区分					
基本給	年俸制	~	円	~	円
	月給制	~	円	~	円
	日給・時給制	~	円	~	円
	その他	~	円	~	円
その他の手当等	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
	手当	円	円	円	円
通勤手当	有 無	定額(円迄)	時間外	月平均	時間
賃金締切	毎月 日	賃金支払 毎月 日	退職金制度	無 有	年以上
定期昇給	年 回	円位	賞与(昨年実績)	年 回	ヶ月分

* 勤務条件 *

就業時間	時 分~ 時 分	休日 週休二日制() 月()休 <その他の場合> ()
	時 分~ 時 分	
	時 分~ 時 分	
	時 分~ 時 分	
休憩時間	時 分~ 時 分 (分)	1病棟あたりの夜勤人数 ()人
平均夜勤回数	()交替 月()日位	そのうち看護師 ()人
加入保険	雇用 労災 健保	厚生 退共 基金
定年制	有 一律 才・無	再雇用制度 有 (才迄)・無
育児休業取得実績	有・無	介護休業取得実績 有・無

* 特記事項は下の余白にお書き下さい。